

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 - 02100 RIETI - Tel. 0746 2781
Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577
STAFF DIREZIONE

Medico competente Coordinatore: Dr.ssa Paola Del Bufalo
Tel. 074627905, 907, 908 - **FAX 0746 278727** - email: medico.competente@asl.rieti.it

Prot.

Rieti, 6/03/18

Al
Direttore Generale ASL Rieti
Dr.ssa M. D'Innocenzo

Al
Direttore Sanitario ASL Rieti
Dr.ssa V. Bruno

Al
Direttore Amministrativo ASL Rieti
Dr.ssa A. Petti

Al Responsabile
S. Prevenzione e Protezione ASL Rieti
Ing. E. Pace

Ai
Rappresentanti dei lavoratori
per la sicurezza
ASL Rieti

**OGGETTO : relazione sanitaria periodica ex art. 25, c. 1, lett. i D. lgs 81/2008
e s.m.i. - 2017**

➤ **AZIENDA : ASL Rieti**

Via del Terminillo n. 42 - 02100 Rieti

➤ **Datore di Lavoro:** Dr.ssa Marinella D'Innocenzo

➤ **Direttore Sanitario:** Dr.ssa Velia Bruno

➤ **Direttore Amministrativo:** Dr.ssa Anna Petti

➤ Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione: Ing. Erminio Pace

➤ Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza:

Sig. S. Biscetti
Sig.ra M.G. Caroselli
Sig. B. De Angelis
Sig. G. Fabri
Sig.ra N. Filippi
Sig.ra A. Petroni

- Esperto qualificato:
Prof. R. D'Elia
- - Medici Competenti e Medici Autorizzati (D.lgs 230/95 e s. m.i.; D.lgs 81/2008 e s.m.i.):
Dr. Francesco De Giorgio
Dr.ssa Barbara Sed
Dr.ssa Paola Del Bufalo (Coordinatore)
- Infermieri e addetti alla sorveglianza sanitaria – Unità Medici Competenti:
Dr.ssa S. Guadagnoli – predisposizione visite e compilazione file Excel riepilogativo
– referente infermieristico
Sig.ra S. Santarelli - gestione affiancamento sorveglianza sanitaria allievi Università "La Sapienza"
Sig.ra G. Di Rado – predisposizione agende/appuntamenti – gestione cartelle /DOSP
Sig.ra a. Abaterusso – segreteria

Breve descrizione dell'attività dell'Azienda: l'Azienda fornisce prestazioni assistenziali sanitarie, a scopo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo, di tipo medico e chirurgico nonché prestazioni ispettive, articolate attualmente dal punto di vista spaziale su un Ospedale (Rieti), un sito ospedaliero riconvertito – Casa della salute (Magliano S.), due Distretti (Montepiano Reatino, Mirtense) e due Punti di assistenza (Amatrice); è tuttora in fase di riorganizzazione.

Inoltre l'Azienda è sede stabile di tirocinanti dei Corsi di Laurea dell'Università "La Sapienza" di Roma (Corsi di laurea: Tecniche della prevenzione nell'ambiente di vita e di lavoro, Infermieristica, Tecniche di laboratorio biomedico, Tecniche di Radiologia per immagini e Radioterapia, Fisioterapia), la cui sorveglianza sanitaria è attualmente affidata, in base al Protocollo d'intesa tra l'Università degli Studi di Roma La Sapienza e la Regione Lazio per il triennio 2016-2018, alla ASL Rieti.

➤ La relazione è elaborata in base alle informazioni sensibili inerenti visite ed accertamenti disposti dai Medici Competenti, nonché informazioni ex art. 18, c. 2 D.lgs 81/2008 pervenute alla struttura, inserite nelle cartelle sanitarie e di rischio / DOSP ed archiviate dagli operatori che collaborano con i Medici Competenti stessi (Guadagnoli, Di Rado e Santarelli), con inserimento entro il 31/12/17, in assenza della disponibilità di un programma informatico specifico, in diversi files in Microsoft Excel, e successiva elaborazione previa unificazione dei files; questa forma di gestione dei dati non consente una visualizzazione dello "storico", e l'elaborazione richiede molto tempo, inoltre è molto articolata e difficile; infine l'introduzione di un così rilevante numero di dati in files excel non è priva della possibilità di effettuazione di errori. L'elaborazione delle informazioni con formulazione dei dati statistici e relative tabelle è così distribuita: informazioni generali, riguardanti visite, idoneità, agenti biologici emotrasmissibili: Dr.ssa Sed; informazioni circa le spondiloartropatie (SAP): Dr. De Giorgio; TB e sintesi dei dati: Dr.ssa Del Bufalo. I files sono gestiti dalle infermiere e utilizzati dai medici competenti; sono posizionati su 3 PC situati presso la sede di Via del Terminillo.

Si ricorda che la conservazione/elaborazione della documentazione inerente l'applicazione del D.lgs 81/2008 è prevista dalla normativa con la garanzia delle condizioni disposte dall'art. 53 D.lgs 81/2008 e s.m.i. da parte del Datore di lavoro.

Si conferma una notevole quota di assunzioni con contratti "atipici".

Peraltro anche i medici competenti Sed e De Giorgio sono in forza con contratti atipici; il passaggio ad un organico di carattere più stabile garantirebbe una visione di più ampio respiro ed una maggiore sicurezza nella programmazione dell'attività, oltre ad assicurare una motivazione migliore e la possibilità di iniziative formative nei confronti dei medici competenti, nonché la ripartizione di ambiti di attività anche per tipologia di rischio, tenendo conto delle specifiche professionalità. L'attività è distribuita in base alle strutture assegnate, secondo linee identificate in base ai compiti indicati dall'art. 25 e 41 del D.lgs 81/2008 e s.m.i. per i Medici Competenti. Due medici svolgono anche l'incarico di Medico Autorizzato per la sorveglianza sanitaria degli esposti a radiazioni ionizzanti. Il personale di supporto della S.S. Medico Competente è stato selezionato dal Datore di lavoro in particolare fra i lavoratori titolari di giudizi di idoneità con prescrizioni, benefici ex L. 104/92, permessi studio, etc..

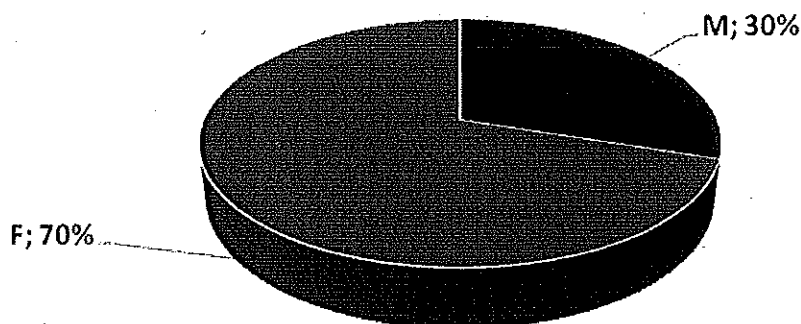
Ciascun Medico Competente svolge, ai sensi della normativa vigente, tutti i compiti indicati dagli articoli 25 e 41 del D.lgs 81/2008 in relazione ai lavoratori afferenti alle strutture assegnate; il testo normativo vigente valorizza molto i compiti di carattere collaborativo da effettuare nei confronti del Datore di lavoro, dei Dirigenti, del Servizio prevenzione e protezione; l'attività di sorveglianza sanitaria comprende l'effettuazione di **visite mediche preventive** (prima dell'esposizione a rischio lavorativo), **periodiche**, (secondo una periodicità prevista dalla normativa stessa come "di norma annuale"), **in seguito a 60 giorni di assenza del lavoratore per motivi di salute (malattia e infortunio)**, in occasione di **cambio mansione, di cessazione** del lavoratore (nei confronti degli esposti a sostanze pericolose, cancerogeni, agenti biologici) ed **a richiesta** del lavoratore sia in rapporto ai rischi lavorativi che in rapporto alle sue particolari condizioni di salute (art.41).

Le visite ex D.lgs 81/2008 **sono mirate ai rischi lavorativi**, indicati soprattutto nella documentazione fornita dal Datore di lavoro (art. 18, c. 2 D.lgs 81/2008; informazioni contenute nel Documento di valutazione dei rischi lavorativi ex art. 17, 28 e 29), laddove previsto parte integrante della cartella sanitaria e di rischi. Nella definizione della periodicità rientrano senz'altro anche le specifiche condizioni clinico-funzionali del soggetto in esame; infatti la sorveglianza sanitaria è volta ad una ricerca dei soggetti ipersuscettibili, cioè di coloro i quali, a causa di meiopragie congenite e/o acquisite, sono particolarmente a rischio di sviluppare o aggravare malattie se esposti a rischio lavorativo. In virtù di ciò il piano sanitario individuale può essere modificato dal Medico Competente in base a specifiche situazioni cliniche e/o ambientali, così come riportato nella relativa cartella sanitaria e di rischio. In relazione agli esposti a radiazioni ionizzanti le visite ex artt. 84 e 85 del D.lgs 230/95 sono preventive, periodiche e "straordinarie", ed effettuate in particolare in base alle informazioni dosimetriche e espositive formulate dall'Esperto Qualificato.

Popolazione lavorativa ASL Rieti (anno 2017):

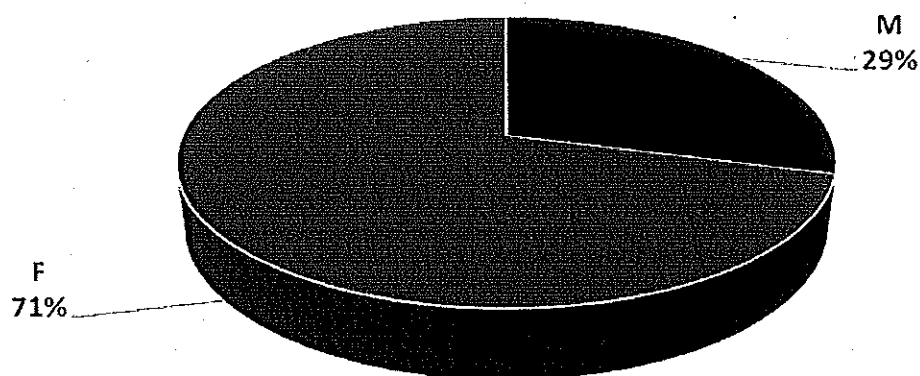
La distribuzione per sesso della popolazione lavorativa è la seguente:

POPOLAZIONE GENERALE DISTRIBUZIONE PER SESSO

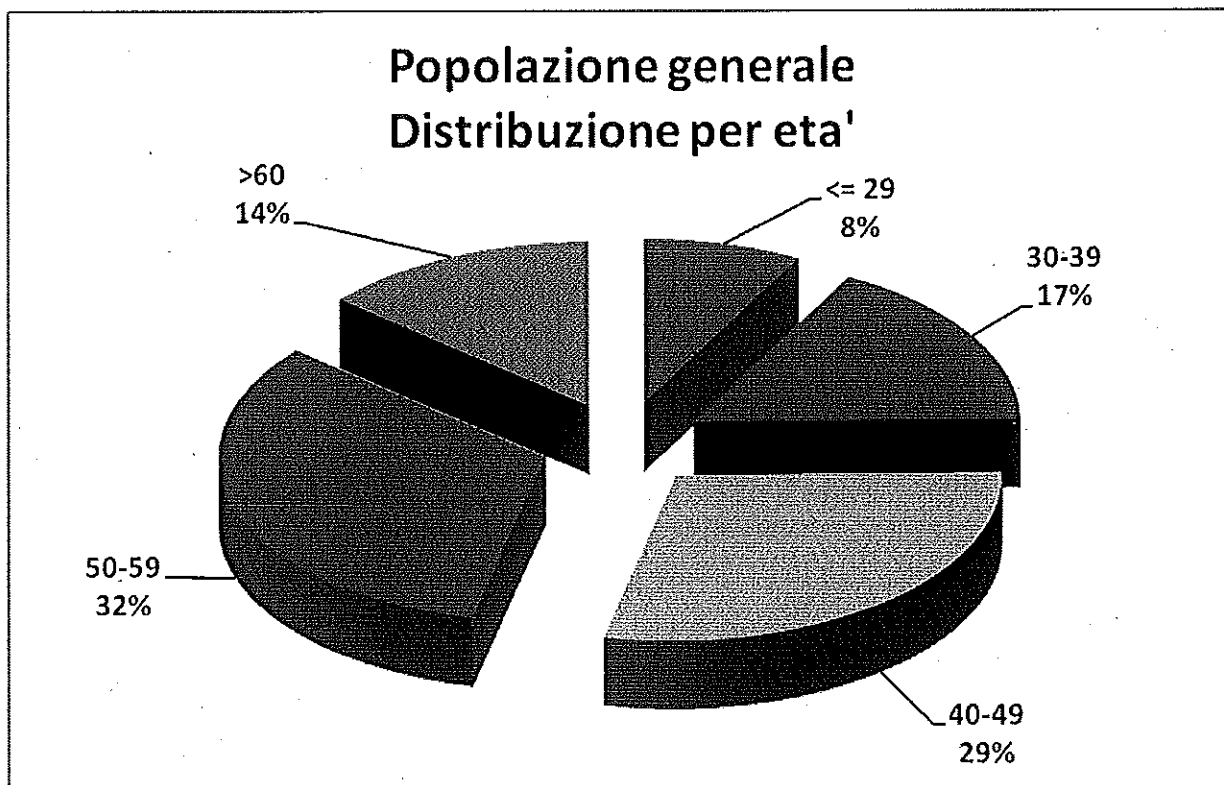


La distribuzione per sesso della popolazione sottoposta a visita:

POPOLAZIONE VISITATA 2017 DISTRIBUZIONE PER SESSO

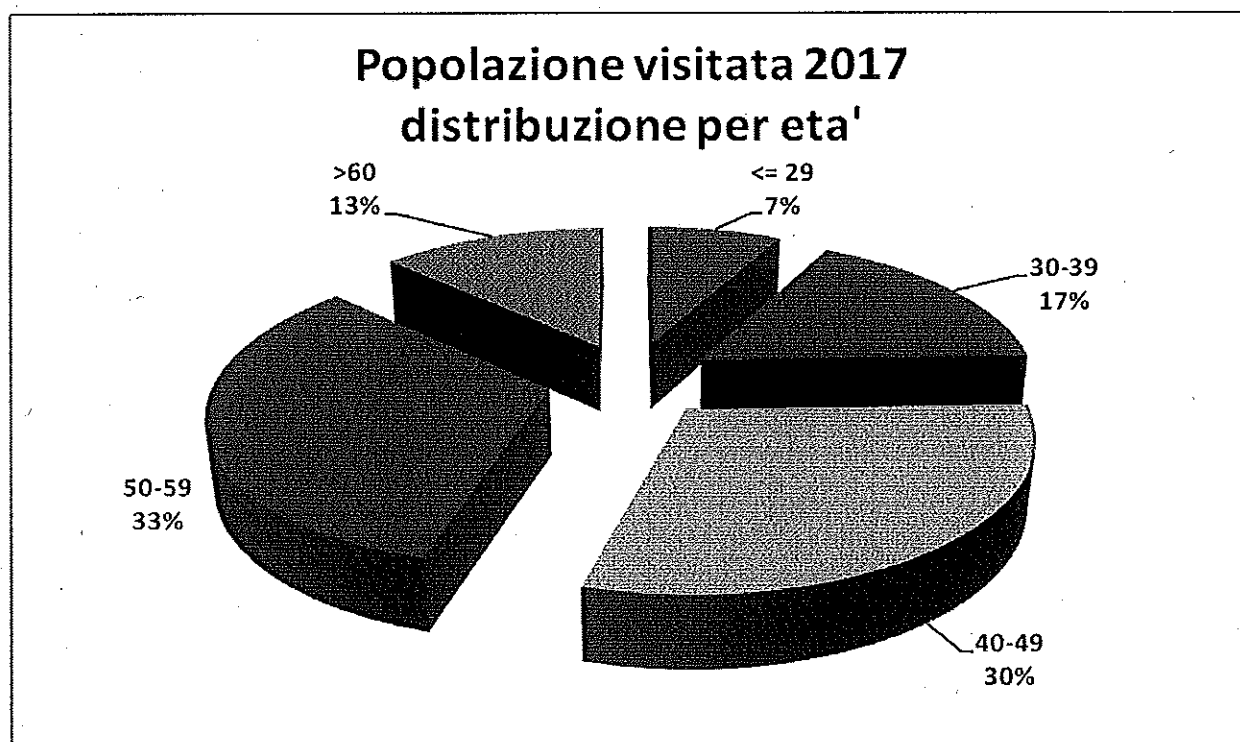


La distribuzione per età della popolazione lavorativa è la seguente:



In base alle informazioni raccolte risulta nel file una popolazione lavorativa nei confronti dei quali è stata svolta la sorveglianza sanitaria, di età media di circa 55 anni; comunque la maggior concentrazione di lavoratori si evidenzia nella classe di età compresa fra 50 e 59 anni.

Tali dati confermano sostanzialmente le rilevazioni su base nazionale.



I grafici mostrano una popolazione lavorativa mediamente "anziana", con un significativo, costante aumento negli anni dei lavoratori della fascia ≥ 60 anni.

La sorveglianza sanitaria ha subito nel corso dell'anno 2014 una serie di modifiche significative sotto il profilo organizzativo, che hanno comportato un processo di adattamento della Struttura Semplice dei Medici Competenti (attualmente abolita) e di tutta l'azienda nel suo complesso durante il periodo 2014-2016; infatti le convocazioni a visita sono state delegate dal Direttore Generale ai responsabili di struttura, ai sensi del vigente Regolamento aziendale ex D. 580 del 30/09/14 e 614 del 10/10/14; aggiornamento D. 992 del 6/11/15.

Le visite si svolgono in un'unica convocazione sia in relazione ai rischi lavorativi "convenzionali" (ex D.lgs 81/2008), sia in relazione all'esposizione a radiazioni ionizzanti (ex D.lgs 230/95), essendo il Medico Competente anche Autorizzato allo svolgimento della sorveglianza medica nei confronti dei lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti, permettendo un'ottimizzazione dei tempi dedicati allo svolgimento della sorveglianza sanitaria da parte dei lavoratori.

I giudizi di idoneità, come i nominativi dei lavoratori non presentati a visita medica e di quelli in fase di accertamento, sono come di consueto regolarmente comunicati alle varie Direzioni Ospedaliere e di Distretto, nonché alle figure dirigenziali di riferimento.

Senz'altro migliorato nel tempo, rimane comunque tuttora il problema relativo al ritardato/mancato completamento delle visite tramite l'esecuzione degli accertamenti complementari (vedasi tabella giudizi di idoneità), che spesso non permette la formulazione in tempi veloci del giudizio di idoneità; in relazione a ciò già in precedenza si sono svolti una serie di incontri con gli interlocutori (in particolare CUP e Laboratorio Analisi) volti a sottolineare come le procedure di "accettazione" degli esami, soprattutto di laboratorio, ne condizionino poi la relativa effettiva disponibilità per i MC; infine si è deciso di cambiare in tal senso anche il format di richiesta degli accertamenti, introducendo una specifica indicazione circa le modalità di accettazione. Per facilitare i colleghi Dirigenti si è predisposto, in attesa di acquisizione di un vero e proprio programma di gestione della sorveglianza sanitaria, che ottimizzerebbe la gestione di una considerevole mole di informazioni, l'invio mensile di una parte del file excel riportante le visite dei lavoratori assegnati con le loro scadenze e la conclusione o meno con giudizio di idoneità a ciascun Dirigente. Tale modalità permette anche un controllo in tempo reale da parte del dirigente in merito ai lavoratori effettivamente in forza nella struttura.

In relazione in particolare all'espletamento delle visite mediche conclusive, in seguito ad assenze per malattia/infortunio > 60 giorni e per cambio mansione (in particolare all'interno delle singole strutture) si segnala la necessità di ricevere tempestive comunicazioni. Anche in questo caso, per agevolare il processo relativo all'effettuazione delle visite mediche conclusive, si è cambiato il format del giudizio di idoneità, introducendo caso per caso l'indicazione della necessità o meno di convocare la visita di cessazione.

Sorveglianza sanitaria svolta (relativa al periodo in esame: anno 2017):

- **Visite** ex art. 41 D.lgs 81/2008 e s.m.i. (Dr. Del Bufalo, De Giorgio, Sed) : **1250** ; lavoratori radioesposti (Dr. Del Bufalo e Sed): **190 visite**.
Nei confronti degli allievi dell'Università « La Sapienza » : **192** ; allievi esposti a radiazioni ionizzanti : **18 visite**.

Non presentati alla visita *	78
------------------------------	----

* soggetti regolarmente convocati non presentati a visita medica.

Dipendenti:

60 GG PER MOTIVI DI SALUTE	RICHIESTA	C. MANSIONE	PERIODICHE	PREVENTIVE	
18	23	125	947	137	
TOTALE VISITE					
1250					

Allievi:

VISITE ALLIEVI "LA SAPIENZA" 2017			
RICHIESTA	PERIODICHE	PREVENTIVE	TIPOLOGIA VISITE
1	51	140	
TOTALE VISITE			
192			

➤ **Giudizi di idoneità** alla mansione specifica :

Il Medico Competente perviene ad un giudizio di idoneità alla mansione specifica, che costituisce l'atto conclusivo della sorveglianza sanitaria, attraverso una progressione di interventi operativi, previsti esplicitamente dalla normativa vigente:

- programmazione della sorveglianza sanitaria (piano sanitario aziendale), in base alla conoscenza dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati; ciò comporta un continuo aggiornamento da parte del medico competente, con la necessità di accesso continuo a informazioni scientifiche aggiornate, nonché relative alle "norme tecniche", "buone prassi" e normative.
- esecuzione della sorveglianza sanitaria, che consta di visite ed accertamenti sanitari "mirati ai rischi lavorativi";
- diagnosi riguardante lo stato di salute dei lavoratori;
- formulazione del "giudizio di idoneità alla mansione specifica".

Gli scopi principali del giudizio di idoneità alla mansione specifica sono:

- protezione dello stato di salute intesa come benessere fisico, mentale e sociale del lavoratore in relazione all'attività lavorativa effettivamente svolta;
- riduzione dell'assenteismo con vantaggi non solo per il lavoratore ma anche per l'organizzazione dell'azienda;
- riduzione dei costi gestionali dell'azienda (ad es.: minore erogazione di premi INAIL, minore assenza dei dipendenti per malattia, maggiore produttività del lavoratore impiegato in maniera consona alle sue potenzialità fisiche, etc);
- riduzione della conflittualità e aumento della produttività;
- adempimento nei confronti degli obblighi di legge in tema di prevenzione e protezione dello stato di salute del lavoratore.

A tal proposito è opportuno ricordare che esistono diversi tipi di giudizio di idoneità ex D.lgs 81/2008:

- idoneità;
- idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;
- inidoneità permanente o temporanea;

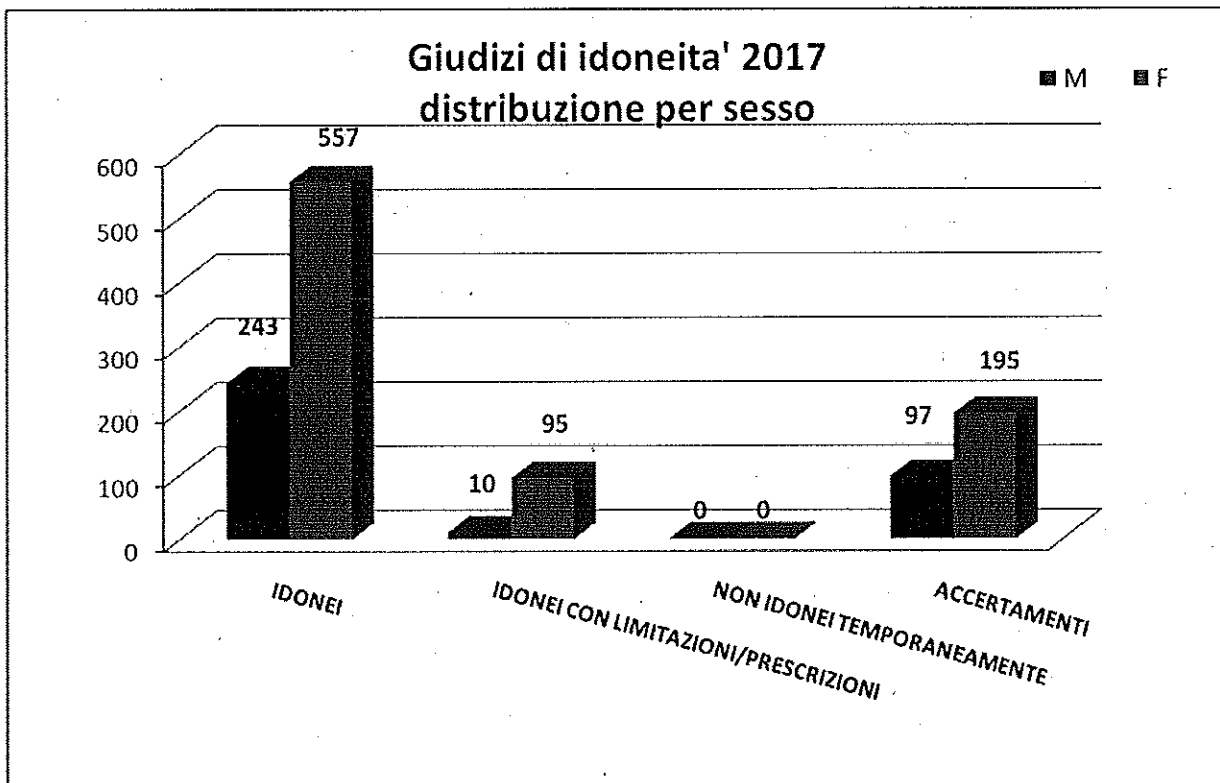
mentre i tipi di giudizi per gli esposti a radiazioni ionizzanti sono:

- idoneo
- idoneo a determinate condizioni
- non idoneo.

Si segnala ancora la necessità, da parte del Dirigente, di formalizzare l'assegnazione di una nuova mansione in seguito alla formulazione del giudizio di non idoneità o di idoneità con prescrizione/limitazione, anche per permettere al Medico Competente di espletare **la visita di cambio mansione**, con relativo giudizio.

Risultano formulati dai medici competenti nel corso dell'anno 2017 n. 105 giudizi di idoneità con prescrizioni/limitazioni alla mansione specifica. Il rischio lavorativo preponderante nell'ambito delle limitazioni/prescrizioni rimane la movimentazione manuale, in relazione alla quale i medici competenti hanno cercato di applicare metodologie integrative e migliorative rispetto alla pedissequa applicazione dell'"Indice MAPO", proponendo anche modifiche del processo lavorativo organizzative, con suggerimento di predisposizione di ausili, etc.. In particolare nel corso del 2016 è stata proposta anche l'applicazione di una metodica di valutazione del rischio movimentazione manuale (Dortmund), che agevolerebbe la gestione di tali problematiche, con la possibilità di una modulazione degli interventi anche a seconda dell'età dei lavoratori.

Di seguito l'analisi dei giudizi di idoneità formulati nel 2017.



La distribuzione per sesso ed età dei giudizi con prescrizione/limitazione riflette la distribuzione nella popolazione lavorativa generale.

	M	F
<= 29	0	1
30-39	0	7

40-49	1	29
50-59	6	47
> = 60	3	11

1) Tipologia di prescrizione/limitazione per mansioni :

Dall'analisi delle mansioni emerge come le infermieristiche siano quelle maggiormente interessate dalle prescrizioni/limitazioni, con tendenza alla concentrazione nelle strutture in cui si svolgono buona parte delle attività comportanti esposizione a movimentazione manuale dei pazienti.

Lavoratori con giudizi di idoneità con prescrizione/limitazione – tipologia di prescrizione per mansioni

Tipologia prescrizione	Medici/veterinari	Infermieri/Ostetriche	OS	Tecnici	Puericultrici	Amm.vi	Psicologi	Totale
Agenti chimici				2				2
Agenti biologici				2				2
Lavoro Notturno	3	2		3				8
Lavoro notturno + altro	3							3
Guanti		3	1					4
Movimentazione Manuale (MM)		36	14	3				53
MM+ Lavoro notturno + ALTRO			1					1
MM+ guanti		1						1
MM+ALTRO		2		2				4
Videoteminale (VDT)					2	7		9
altro	6	7	1	3			1	18
Totale	12	51	17	15	2	7	1	105

2) Tipologia di prescrizione/limitazione per attività :

Di seguito si mostra in analitico la distribuzione dei giudizi di idoneità con prescrizione/limitazione nell'ambito delle varie strutture:

Giudizi di idoneità 2017 per U.O. :

giudizi di idoneità con prescrizione/limitazione 2017 per UO

ADI	3
AFFARI GENERALI E LEGALI	1
AMBULATORIO	12
ANATOMIA PATOLOGICA	2
CAD	1
CARDIOLOGIA	1
SALE OPERATORIE	9
MEDINEF	2

DIALISI	2
DIREZIONE MEDICA	1
FARMACIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE	2
FKT	7
DEGENZA INFERMIERISTICA PPI	4
GERIMED	4
LABORATORIO ANALISI	5
MALATTIE INFETTIVE	2
MEDICINA LEGALE	3
MEDICINA URGENZA E ACCETTAZIONE - stoke unit	9
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	3
OSTETRICIA GINECOLOGIA	1
PEDIATRIA NEONATOLOGIA	1
DIREZIONE DEL PERSONALE	3
PNEUMOLOGIA	1
POOL SOSTITUZIONI MAGLIANO S.	2
RADIOLOGIA	7
RIANIMAZIONE	1
SANITA' ANIMALE	1
SIT	2
STERILIZZAZIONE	4
TSRMEE	1
LONG SURGERY	2
WEEK1-2 LONG SURGERY	6
TOTALE	105

Giudizi di idoneita' con prescrizioni/limitazioni 2017	
Età 50-59 aa distribuzione per UUOO	
ADI	2
AMBULATORIO	8
ANATOMIA PATOLOGICA	1
CAD	1
SALE OPERATORIE	7
degenza inf. PPI	2
MEDINEF	1
FARMACIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE	2
LABORATORIO ANALISI	3
LONG SURGERY	1
MEDICINA FISICA E RIAB.	4
MEDICINA LEGALE	3
MEDICINA URGENZA E ACCETTAZIONE - stoke unit	3
PEDIATRIA NEONATOLOGIA	1
DIREZIONE DEL PERSONALE	1
PNEUMOLOGIA	1
POOL SOSTITUZIONI MAGLIANO S.	2
RADIOLOGIA	2

SANITA' ANIMALE	1
SIT	2
STERILIZZAZIONE	3
WEEK1-2 LONG SURGERY	2
TOTALE	53

Giudizi di idoneità con prescrizioni/limitazioni 2017 Età ≥ 60 aa distribuzione per UUOO	
AMBULATORIO	2
DIREZIONE MEDICA	1
MEDICINA FISICA E RIAB.	2
GERIMED	1
LABORATORIO ANALISI	2
MALATTIE INFETTIVE	1
MEDICINA URGENZA E ACCETTAZIONE - stoke unit	1
DIREZIONE DEL PERSONALE	1
RADIOLOGIA	1
TSRMEE	1
WEEK1-2 LONG SURGERY	1
TOTALE	14

Come atteso si rileva una concentrazione nelle classi di età maggiore. Di fatto in analitico:

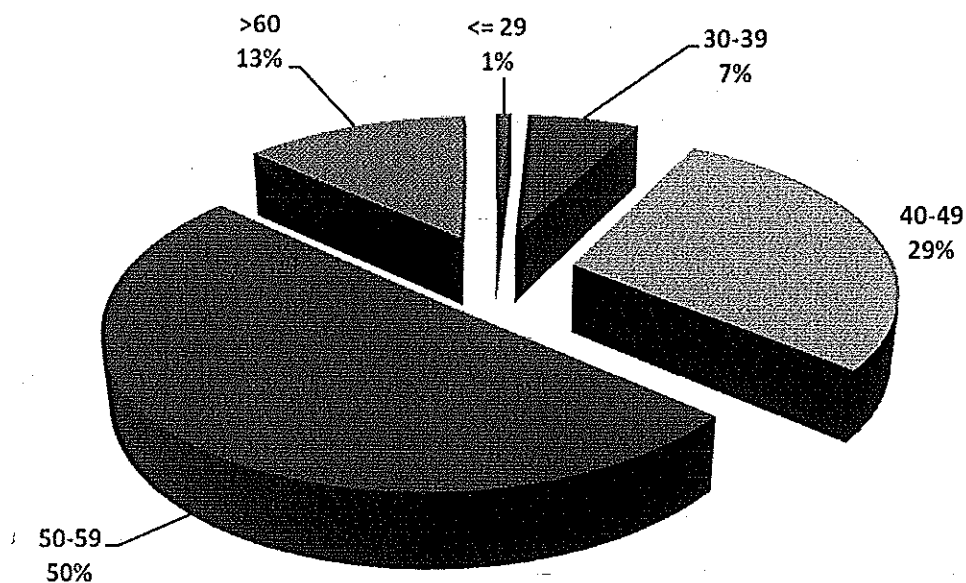
3) Giudizi di idoneità con prescrizione/limitazione per età :

Di seguito la distribuzione dei giudizi di idoneità con prescrizione/limitazione per sesso ed età:

Giudizi di idoneità con prescrizioni/limitazioni 2017 per età

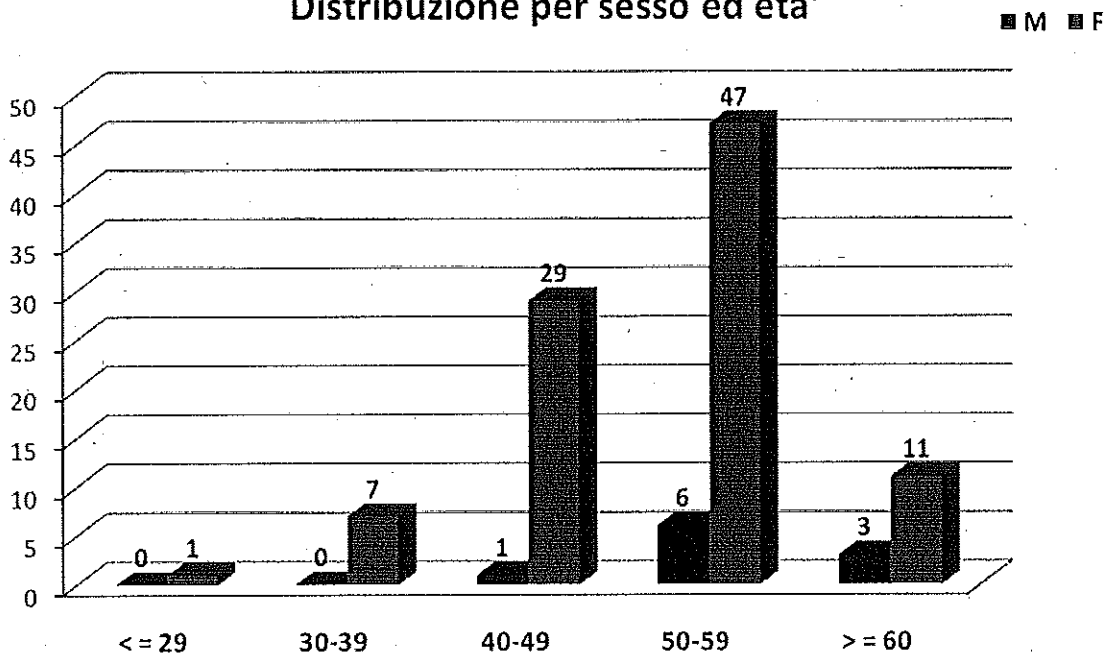
classe di età		% su prescrizioni limitazioni 2017	% su popolazione visitata 2017
<= 29	1	1	1.2
30-39	7	6.6	3.7
40-49	30	28.5	9
50-59	53	50.5	14.6
>60	14	13.3	9.9

**Giudizi di idoneita' con prescrizioni/limitazioni 2017
distribuzione per eta'**



L'analisi per età mostra la tendenza alla maggior concentrazione di prescrizioni/limitazioni nelle fasce di età maggiori, con una maggior rappresentazione nella fascia di età 50-59 anni. Si ricorda come anche la maggior parte della popolazione lavorativa si concentri nelle fasce di età 40-49 e 50-59 anni.

**Giudizi di idoneita' con prescrizione/limitazione 2017
Distribuzione per sesso ed eta'**



➤ **Risultati degli accertamenti ex art. 41 D.lgs 81/2008 e s.m.i.:**

Classificazione agenti biologici

Gli agenti biologici sono ripartiti nei seguenti quattro gruppi secondo quanto disposto dall'OMS, a seconda del rischio di infezione:

- a) agente biologico del **gruppo 1**: un agente che presenta poche probabilità di causare malattie in soggetti umani;
- b) agente biologico del **gruppo 2**: un agente che può causare malattie in soggetti umani e costituire un rischio per i lavoratori; è poco probabile che si propaghi nella comunità; sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche;
- c) agente biologico del **gruppo 3**: un agente che può causare malattie gravi in soggetti umani e costituisce un serio rischio per i lavoratori; l'agente biologico può propagarsi nella comunità, ma di norma sono disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche;
- d) agente biologico del **gruppo 4**: un agente biologico che può provocare malattie gravi in soggetti umani e costituisce un serio rischio per i lavoratori e può presentare un elevato rischio di propagazione nella comunità; non sono disponibili, di norma, efficaci misure profilattiche o terapeutiche.

Nel caso in cui l'agente biologico oggetto di classificazione non possa essere attribuito in modo inequivocabile ad uno fra i due gruppi sopraindicati, esso va classificato nel gruppo di rischio più elevato.

Notifiche di malattie infettive pervenute al Coordinamento Medici Competenti nel 2017 :

Agente eziologico/patologia	NOTIFICHE N - Anno 2016
Salmonellosi	7
Tubercolosi	19
Micobatteriosi	0
Epatite A	3
Epatite B	2
Epatite C	0
Meningite	3
Meningoencefalite	2
Encefalite da VZV	1
Legionellosi	4
HIV-AIDS	0
Morbillo	70
Varicella	3
Scarlattina	0
Rosolia	0
Parotite	0
Mononucleosi	22
Lue	1
Pediculosi	0
Tinea	1
Scabbia	6
Clostridium difficile	10
Rickettsiosi	2
Klebsiella	0
Chikungunya	1
Malaria	0
H1N1	0
Influenza A	0

1) Epatite B (HBV)

L'agente è classificato come di gruppo 3 ("agente che può causare malattie gravi in soggetti umani e costituire un serio rischio per i lavoratori; l'agente biologico può propagarsi nella comunità, ma di norma sono disponibili efficaci misure profilattiche e terapeutiche" - all. 46 D.lgs 81/2008), anche se "può comportare un rischio di infezione limitato, in quanto normalmente non veicolato dall'aria". Costituisce senz'altro uno dei rischi più significativi nell'ambito della Sanità, per tutti gli operatori sanitari, non solo a causa delle conseguenze flogistiche (epatite acuta e cronica) a cui può dar luogo, ma anche a causa della sua classificazione in qualità di cancerogeno formulata dallo IARC (International Agency of Research on Cancer); la modalità di contagio è parenterale, attraverso scambi di sangue (trasfusioni, ferite/punture con oggetti infetti, contaminazioni di mucose; anche rapporti sessuali, nonché alcuni interventi diagnostici e chirurgici di tipo sanitario). Nei confronti di un virus dotato di grande resistenza ai disinfettanti ed alle condizioni ambientali, si dispone di un efficace **vaccino**, che il SSN mette gratuitamente a disposizione degli operatori sanitari, nell'ambito della ASL Rieti attraverso la collaborazione fra i Medici Competenti e la S.C. Malattie Infettive.

Nella popolazione lavorativa di operatori sanitari in servizio presso la ASL Rieti risultano al 31/12/2017 Anti-HBc positivi (indice di pregressa infezione da virus dell'epatite B) **76** operatori sanitari, distribuiti per mansione come riportato **nella tabella seguente**.

Il trend si conferma in discesa rispetto agli anni precedenti. Nell'ambito della positività per pregressa infezione da virus HBV risultano HBsAg positivi (presenza di antigene di superficie, indicatore di presenza del virus in circolo) n. **5** operatori sanitari.

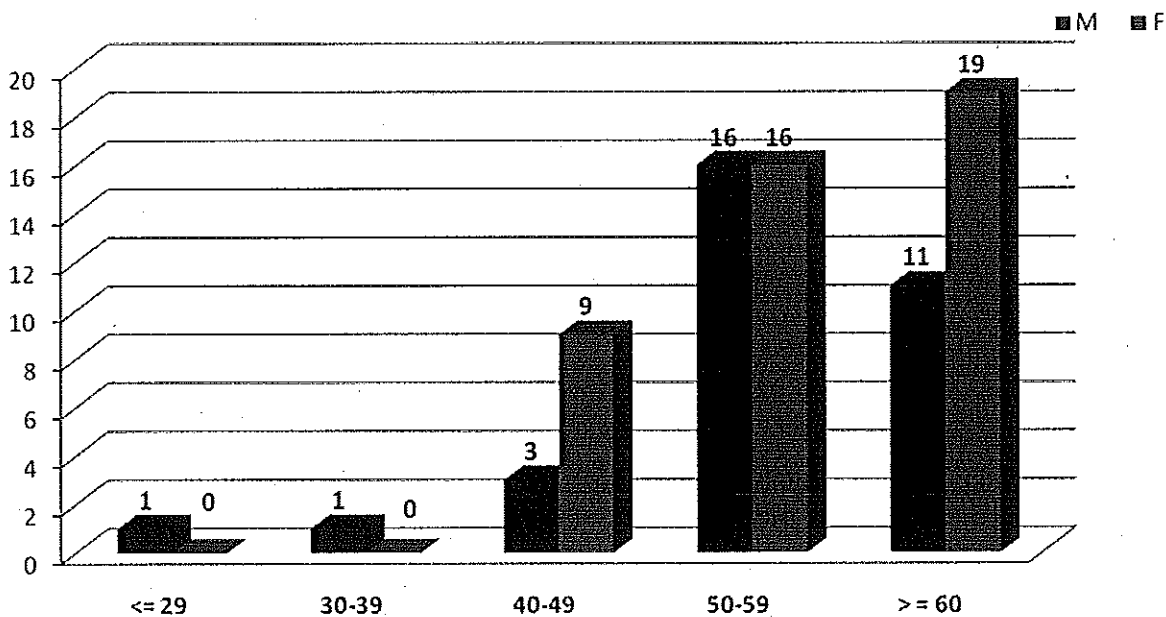
anti HBc positivi distribuzione per sesso ed età

	M	F	TOT.
<= 29	1	0	1
30-39	1	0	1
40-49	3	9	12
50-59	16	16	32
> = 60	11	19	30
			76

antiHBc positivi per mansione

Medici	14
Infermieri/ostetriche	31
OS	21
Tecnici	6
Altri	4
totale	76

Anti HBc positivi distribuzione per sesso e per eta'

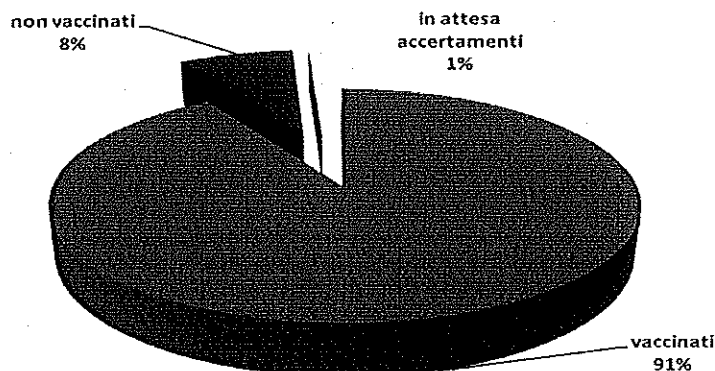


HBsAg+ distribuzione per mansione

medici	1
infermieri	3
OS	1
	5

Il grafico che segue mostra anche le informazioni disponibili riguardo alla vaccinazione anti epatite B nel personale sanitario: la quasi totalità (91%) degli operatori sanitari risulta vaccinata, grazie all'opera assidua di educazione sanitaria e informazione svolta ormai da anni dai medici competenti e dal personale infermieristico durante l'espletamento delle visite mediche, anche attraverso la predisposizione e somministrazione di materiale informativo, e la collaborazione con la SC Malattie Infettive.

Vaccinazione antiHBV operatori sanitari



2) Epatite C (HCV)

Il virus è classificato in maniera analoga al precedente. Al momento attuale a livello mondiale sono documentati pochissimi casi di operatori sanitari contagiati per cause sicuramente riconducibili all'attività lavorativa. Per questo tipo di virus, trasmissibile anch'esso per via parenterale, e che costituisce purtroppo una causa o concausa frequente di patologia cronica del fegato, cirrosi ed epatocarcinoma in tutto il mondo, non esiste a tutt'oggi un vaccino disponibile; si ritiene verosimile che circa il 3% della popolazione generale italiana sia portatore del virus.

Risultano positivi al test anti-HCV (indice di pregressa infezione) **14** operatori sanitari della popolazione in esame; riportati nella **tabella seguente** (dati complessivi).

Risultati anti HCV

Positivi	14
Negativi	1531

Risultati antiHCV positivi per mansione

medici	4
infermieri	5
altri operatori	5

> Infortuni con potenziale esposizione ad agenti biologici

Nel corso del 2017 si è ricevuta notizia tramite la SC Malattie Infettive di n. **31** infortuni con potenziale esposizione ad agenti biologici per via parenterale (ferite da punta, da taglio con oggetti potenzialmente infetti, contaminazioni di mucose), di cui 17 fra i lavoratori, e ben 14 fra gli studenti, distribuiti come di seguito evidenziato; secondo la procedura in atto, aggiornata nel corso del 2016 insieme con la UOSD Malattie Infettive al fine di ottimizzare il processo, la gestione clinica immediata (tempo 0) dell'evento accidentale è demandata alla UOSD Malattie Infettive, la quale ne trasmette gli esiti ai Medici Competenti; i Medici Competenti richiedono gli esami a 3 e 6 mesi.

In merito agli obblighi dei lavoratori (esecuzione degli accertamenti e adesione alla procedura aziendale) i Medici Competenti hanno effettuato e tuttora effettuano azione di counseling, tramite un'informativa verbale e scritta consegnata e firmata da ciascun operatore sanitario inerente lo svolgimento della procedura concordata.

In relazione ai suddetti eventi non ci sono ad oggi evidenze di sierconversione.

STRUTTURE	
LABORATORIO ANALISI	1
HOSPICE	1
CARDIOLOGIA	1
EMODINAMICA	1
SPDC	2
MEDINEF	1
PNEUMOLOGIA	1
BLOCCO OPERATORIO	4

MALATTIE INFETTIVE	2
RIANIMAZIONE	2
CASA SALUTE MAGLIANO S.	1
CL FISIOTERAPIA	1
CL SC.INFERMIERISTICHE	12
CL RADIOLOGIA	1

3) Tubercolosi (*Mycobacterium tuberculosis*)

La tubercolosi è una malattia infettiva derivante da un'infezione batterica da *Mycobacterium Tuberculosis*, che solitamente interessa i polmoni. In assenza di patologie/condizioni concomitanti l'infezione può essere asintomatica; la sintomatologia è caratterizzata da: tosse persistente, febbre, astenia, inappetenza, calo ponderale, emoftoe (presenza di sangue nell'espettorato), linfadenopatie cervicali, sudorazioni notturne, infezioni ricorrenti delle vie urinarie.

La sorveglianza sanitaria nei confronti dell'esposizione a *Mycobacterium Tuberculosis* (MT) si inserisce in un quadro più generale di controllo della Tubercolosi (TB) in ambito ospedaliero, i cui principi sono: valutazione (e rivalutazione permanente) dei rischi in conformità alle direttive ministeriali, programmazione di misure di contenimento dei rischi individuati, per buona parte procedurali, sorveglianza sanitaria obbligatoria e formazione e informazione del personale e degli utenti. L'identificazione precoce ed il tempestivo trattamento e isolamento dei casi contagiosi sono le principali misure di controllo, insieme con la gestione dei contatti di casi di TB attiva contagiosa e gli interventi di terapia preventiva dei soggetti con Infezione Tubercolare Latente (ITL). I riferimenti normativi più recenti sono: "Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati" - Ministero della Salute, 7 febbraio 2013, che, per quanto attiene la valutazione del rischio in ambiente ospedaliero, rimanda a "Raccomandazioni per la prevenzione della Tubercolosi nelle Strutture Sanitarie", Regione Piemonte 2011.

I lavoratori positivi al test intradermoreazione secondo Mantoux sono indagati anche con Interferon-gamma (Quantiferon-G), in grado di identificare lo stato di infezione latente da parte del *Mycobacterium Tuberculosis*; trattasi di una condizione di per sé subclinica, e cioè priva di segni clinici, radiologici o batteriologici di malattia manifesta, e caratterizzata dalla presenza di un focolaio di infezione primaria con Micobatteri intatti, ma "dormienti", che tuttavia il sistema immunitario dell'organismo ospite non è in grado di eliminare. Il test si basa sulla capacità dei linfociti T effettori circolanti di produrre interferone gamma a seguito di stimolazione specifica *in vitro*; si veda a tal proposito la relazione sanitaria periodica 2009.

Il rischio relativo di contrarre la TB tra i lavoratori della sanità maggiormente esposti è stimato in varie fonti di letteratura superiore a 10 rispetto a quello della popolazione generale; in particolare l'esposizione occupazionale comporta per gli operatori il rischio di contrarre un'infezione tubercolare latente, che può evolvere in patologia conclamata durante la vita del soggetto; soprattutto a rischio sono considerati i primi due anni dopo l'infezione.

In ambito sanitario risultano attività a rischio di trasmissione di aerosol contenenti particelle infettanti nei confronti degli operatori diverse manovre, quali le indagini di endoscopia toracica, espettorazione indotta, somministrazione di aerosol e manovre atte ad indurre tosse (ventilazione meccanica, fisiochinesiterapia respiratoria), attività di

laboratorio microbiologico, indagini autoptiche, assistenza a pazienti con AIDS e/o tubercolosi attiva contagiosa, irrigazione o drenaggio di ascessi e cavità tubercolari.

A differenza delle precedenti patologie, trasmissibili per via parenterale, la TB si trasmette per via aerea (droplet nuclei espulsi da un paziente affetto da TB polmonare contagiosa con la tosse o durante l'eloquio), e per tale motivo interessa potenzialmente un maggior numero di operatori; necessita dell'adozione di procedure aziendali specifiche, presenti nella nostra azienda, volte al contenimento della possibilità che operatori sanitari, ma anche pazienti, tirocinanti, visitatori, possano contrarre l'infezione. I Micobatteri del gruppo TB complex, in grado di causare la tubercolosi umana, (*Mycobacterium Hominis*, *M. Africanum*, *M. Bovis*) sono classificati tra gli agenti biologici di rischio di gruppo 3 (All. 46 D.lgs 81/2008). La trasmissione dell'infezione è condizionata da alcune caratteristiche del paziente fonte (concentrazione di microrganismi nell'escreato, presenza di lesioni cavitari, frequenza e intensità della tosse), dal grado di suscettibilità del soggetto che viene in contatto con i microrganismi (cause genetiche o acquisite di particolare suscettibilità, pregressa esposizione, etc), oltre che dalle caratteristiche dell'esposizione. Dalle informazioni presenti in letteratura si evince come la probabilità di contagio tubercolare nei confronti degli operatori sanitari sia strettamente dipendente dal tempo intercorrente fra il primo contatto con il paziente e la diagnosi di Tubercolosi attiva contagiosa del paziente stesso, nonché fra diagnosi e isolamento respiratorio del paziente contagioso con somministrazione di una terapia appropriata; infatti il paziente dopo un periodo di circa 2 settimane di terapia di solito non risulta più contagioso, almeno in maniera significativa. In sintesi il rischio di contagio per un operatore sanitario è direttamente proporzionale al tempo di esposizione, al numero ed alla contagiosità dei pazienti con cui viene a contatto ed inversamente al numero di ricambi d'aria nell'ambiente. Tali circostanze rendono necessarie misure impiantistico-strutturali ben definite nelle linee guida ministeriali, ma anche la presenza di un triage attento al momento di ingresso dei possibili casi di TB attiva contagiosa in azienda. Nel complesso, come si evince dai dati di letteratura, si stima che una frazione di soggetti contagiati pari a circa il 10%, se non trattata adeguatamente, svilupperà malattia attiva; il 5% nei primi due anni dall'acquisizione dell'infezione.

Nel caso del riscontro di infezione tubercolare latente è appropriato, tenendo sempre conto di età e condizioni cliniche del soggetto in esame, prendere in attenta considerazione la possibilità di una chemiopprofilassi con isoniazide; anche a tale scopo è predisposta dai medici competenti, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale in vigore, una richiesta di consulenza presso la SC Broncopneumologia. I test intradermoreazione di Mantoux sono attualmente effettuati presso la SC Broncopneumologia e presso il Dipartimento di prevenzione.

Come già esposto la necessità di ritestare periodicamente la popolazione lavorativa, oltre ad essere segnalata nella letteratura e normativa specifica, deriva anche dall'analisi dei dati relativi all'anno 2005 e seguenti, nonché dalla persistenza di ricoveri di TB attiva contagiosa e di cuticonversioni nei lavoratori.

I risultati dei test cutaneo tubercolinico nella popolazione in esame sono riportati nei seguenti **grafici e tabelle**:

MANTOUX TOTALI		
>=10	296	18.7% su testati
< 10	33	
0X0	1250	

I test di Mantoux complessivi con diametro maggiore ≥ 10 sono risultati il 18.7%; in quest'ambito è stata riscontrata una positività al test INF-gamma (Quantiferon Gold) in **77** casi; in trend è in lenta discesa.

D'altro canto si segnala, nell'ambito dei lavoratori testati in Ospedale presso la SC Pneumologia, un trend in diminuzione riguardante i test di Mantoux positivi nel corso degli anni (dati forniti da SC Pneumologia):

anni	pos.	neg.	tot.	%pos:
2010	39	289	328	11,9
2011	37	249	286	12,9
2012	36	270	306	11,8
2013	17	167	184	9,2
2014	15	174	189	7,9
2015	35	395	430	8,1
2016	20	365	385	5,2
2017	16	375	391	4,1

Si conferma un sostanziale ma non completo miglioramento della compliance dei lavoratori nell'esecuzione del test.

La distribuzione per età dei testati con Mantoux ≥ 10 è la seguente:

Fasce di età	Mantoux ≥ 10
≤ 29 anni	0
30-39 anni	52
40-49 anni	100
50-59 anni	96
≥ 60 anni	47

La distribuzione per sesso è:

MANTOUX ≥ 10 PER SESSO	
M	87
F	208

Le Mantoux ≥ 10 complessive con Interferon-gamma positivo per mansione risultano:

MANTOUX ≥ 10 PER MANSIONE + INF-gamma positivo	
MEDICI	13
VETERINARI	3
INFERMIERI	38
OSS/OTA/AUSILIARI	9
TECNICISANITARI/OSTETRI CHE	8
ALTRI	6
	77

I lavoratori comunque maggiormente interessati risultano gli infermieri (58.5%), seguiti dai medici. Il dato conferma quanto riportato in letteratura.

Ci sono segnalazioni di lavoratori contatti di TB attiva contagiosa nel corso del 2017, nelle Strutture Oncologia e Malattie Infettive; in quest'ultima struttura si verifica una cuticonversione. Come già riportato sono state trasmesse 19 notifiche di malattia infettiva dall'Ospedale, riguardanti la Tuberculosis.

Nel corso dell'anno 2017 si registrano 2 cuticonversioni nell'ambito dei lavoratori:

N. cuticonversioni	Struttura lettura 2017	Struttura lettura da 2015
1	Anat.Ist. Patologica	Anat.Ist. Patologica
1	Malattie infettive	Malattie Infettive

Si segnala anche 1 cuticonversione in un allievo del Corso di laurea Tecniche sanitarie di radiologia medica.

➤ Valutazione clinico-funzionale del rachide

Spondiloartropatie (SAP) intera popolazione lavorativa :

SAP	Totale	Maschi	Femmine
C1	44	6	38
C2	9	0	9
C3	7	1	6
D1	8	3	5
L1	81	17	64
L2	22	4	18
L3	8	1	7
Miste con L3	26	2	24
Miste*	77	10	67
Totale	282	44	238

Nel corso della sorveglianza sanitaria è stata effettuata Valutazione Clinico-Funzionale del rachide (SAP - Linee Guida per l'applicazione del D.Lgs 626/94 - 1998), con rilevazione della sintomatologia soggettiva e oggettiva secondo un livello crescente di gravità da 0 a 3 nei vari distretti cervicale (C), dorsale (D), lombo-sacrale (L) della colonna vertebrale ai soggetti esposti a rischio; il valore 0 indica assenza di sintomi significativi.

Le tabelle seguenti mostrano la distribuzione dei vari gradi e livelli di spondiloartropatie riscontrate per mansione:

SAP Infermieri, Coordinatori infermieristici, vigiliatrici d'infanzia, puericultrici

SAP	Totale	Maschi	Femmine
C1	33	4	29
C2	6	0	6
C3	4	0	4
D1	2	0	2
L1	58	10	48
L2	16	3	13
L3	5	1	4
Miste con L3	20	2	18
Miste*	44	7	37
Totale	188	27	161

* conteggio della presenza di almeno 2 SAP per lo stesso lavoratore, escludendo le L3

SAP Ausiliari/OSS/OTA

SAP	Totale	Maschi	Femmine
C1	2	1	1
C2	1	0	1
D1	1	1	0
L1	11	2	9
L2	4	1	3
L3	1	0	1
Miste con L3	4	0	4
Miste*	11	1	10
Totale	35	6	29

SAP – Tecnici di: radiologia, laboratorio, anatomia patologica, neurologia.

SAP	Totale	Maschi	Femmine
C1	4	1	3
C3	1	0	1
L1	5	1	4
L3	1	0	1
Miste con L3	1	0	1
Miste*	5	0	5
Totale	17	2	15

SAP - Terapisti Riabilitazione

SAP	Totale	Maschi	Femmine
C1	2	0	2
L1	4	1	3
L2	1	0	1
Miste*	11	2	9
Totale	18	3	15

	% sul totale delle SAP rilevate con
SAP per fasce d'età	

	alterazioni
<=29 anni	1,4
30-39 anni	7,43
40-49 anni	34,28
50-59 anni	42,05
>=60 anni	14,84
Totali: 282	100

SAP con L3 compreso per fasce d'età	% sul totale delle SAP rilevate con alterazioni
<=29 anni	0
30-39 anni	3,7
40-49 anni	37,04
50-59 anni	29,63
>=60 anni	29,63
Totali: 40	100

Tali dati confermano la distribuzione dei giudizi di idoneità con prescrizione/limitazione.

Si tratta di patologie definite "correlate al lavoro" (Work Related Diseases), al fine di distinguerle da quelle strettamente "professionali", in quanto multifattoriali e largamente rappresentate nella popolazione generale, anche in riferimento a fattori costituzionali e legate alle abitudini di vita. Nel complesso i risultati attestano una cospicua presenza di disturbi osteoarticolari nella popolazione lavorativa in esame, fenomeno che motiva la formulazione dei giudizi di idoneità, interessanti i soggetti più colpiti e/o le esposizioni a maggior rischio lavorativo; la stratificazione di tali patologie nella popolazione in esame è un fenomeno "atteso" anche a causa del progressivo "invecchiamento" della popolazione stessa, dovuto essenzialmente al blocco delle assunzioni concomitante con aumento dell'età di pensionamento. Il trend è in aumento fino a 60 anni, ma si deve considerare che la sintomatologia, come ben rappresentato dalle tabelle, di solito insorge in forma manifesta dopo i 40-45 anni, e la fascia di età > 60 anni comprende per ora un numero relativamente basso di lavoratori, anche se in evidente crescita, per i pensionamenti pregressi; infine buona parte dei lavoratori, soprattutto ultrasessantenni, sono ricollocati formalmente in mansioni compatibili, in seguito a giudizio di idoneità del Medico Competente, attualmente unica figura che si trova a gestire, con strumenti limitati, le evidenti problematiche legate in particolare all'ageing.

La distribuzione per età della sintomatologia da sovraccarico biomeccanico della colonna, con particolare riferimento al tratto lombo-sabrale (L3), conferma la concentrazione dei rilievi nelle fasce di età superiore, a partire da 40 anni.

➤ Vaccinazioni

Oltre al costante impegno con evidenti risultati positivi nei confronti dell'offerta della vaccinazione **antiepatite B** al personale sanitario, si è proseguita la campagna vaccinale contro l'influenza e la **rosolia** in collaborazione con il SISP; in particolare quest'ultima vaccinazione offerta gratuitamente dalla Regione Lazio nei confronti di lavoratrici non ancora immuni in età fertile, e richiesta in base al risultato delle IgG specifiche; inoltre, anche in seguito ad azione coordinata su base regionale, si è provveduto ad effettuare la ricerca delle IgG specifiche per morbillo, sollecitando la vaccinazione qualora indicate di soggetto suscettibile. Ai lavoratori è stato consegnato materiale informativo scritto.

In rapporto ad altre patologie infettive, in particolare varicella, pertosse, meningococco B e C si conferma l'opportunità, data anche la possibilità di quadri patologici impegnativi nell'adulto, di programmare l'esecuzione di una vaccinazione su base volontaria degli operatori sanitari, da concordare nelle sue modalità con il Datore di lavoro.

➤ Problematiche inerenti lo stress lavoro-correlato

Nel corso dell'anno risultano al Coordinamento Medici Competenti: una segnalazione formale relativa a problematiche riconducibili a stress lavoro-correlato nell'ambito del Magazzino blocco operatorio, in seguito alla quale si è provveduto a dislocare diversamente l'attività e sostituire la figura del Coordinatore, assente per lunga malattia. Un'ulteriore segnalazione alla UOC Pronto Soccorso, con conseguente spostamento del lavoratore.

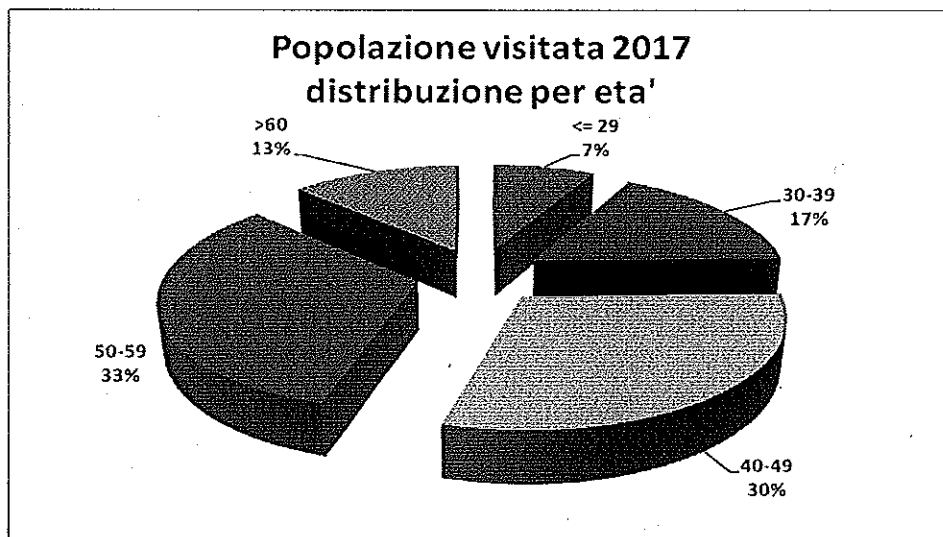
Sono inoltre state effettuate n. **23 visite a richiesta** distribuite come segue:

STRUTTURE	
MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	1
OSTERICIA E GINECOLOGIA	1
WEEK SURGERY	1
BLOCCO OPERATORIO	2
RADIOLOGIA OSPEDALE	1
MALATTIE INFETTIVE	2
DIREZIONE SANITARIA OSPEDALE	1
DAPS	1
FARMACIA OGP	3
RADIOLOGIA MAGLIANO	1
ADI DISTRETTO 1	3
AMBULATORIO FKT DISTRETTO 1	1
SANITA' ANIMALE	1
DIREZIONE PERSONALE	1
DIREZIONE T. PATRIMONIALE	1
DIREZIONE E. FINANZIARIA	1
AFFARI GENERALI E LEGALI	1

➤ Age management e problematiche di genere

Si ripropongono le figure inerenti la popolazione lavorativa per sesso e per età, in un paragrafo a parte, tornando a sottolineare come :

- a) la maggior parte dei lavoratori (33%) si collochi nella fascia di età 50-59 anni, seguiti da un 30% nella fascia 40-49. Tale dato conferma un trend costante negli ultimi anni, con un aumento progressivo degli over 50 anni.



L'andamento riflette quello generale registrato a livello nazionale e in Europa, in riferimento alla quale le tendenze demografiche indicano che la fascia di età compresa fra 55 e 64 anni aumenterà di circa 16.2 % (9.9 milioni) tra il 2010 e il 2030, realizzando un invecchiamento della forza-lavoro europea mai visto finora, destinato a cambiare in modo permanente le caratteristiche della società europea. A questo si possono aggiungere i dati INAIL riguardanti gli infortuni sul lavoro, che mostrano un aumento generale degli infortuni in rapporto alla "popolazione lavorativa anziana". Lavorare più a lungo aumenta il periodo di esposizione a rischio per i lavoratori anziani, tra i quali il tasso di incidenza infortunistica è maggiore, e naturalmente può condizionare un peggioramento delle condizioni di salute. I lavoratori più anziani hanno mostrato in particolare due punti di vulnerabilità: l'allungamento dei tempi di reazione e la fragilità maggiore dell'apparato muscolo-scheletrico.

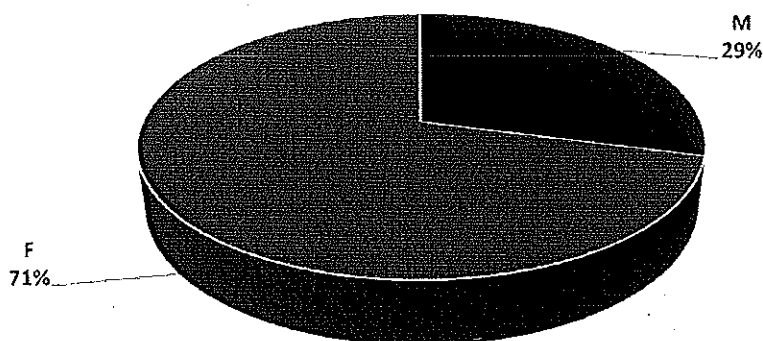
La concentrazione di lavoratori nelle fasce alte di età comporta la necessità di politiche volte all'Age Management, sia a livello europeo e nazionale (con norme legislative e contrattuali specifiche), sia a livello delle singole aziende, inserendo tale fenomeno come priorità nella valutazione dei rischi e in particolare progettando interventi volti a favorire l'invecchiamento attivo: da un lato valorizzando le capacità e le competenze dei lavoratori maturi, agendo sulle politiche di appartenenza, ed instaurando con questi lavoratori un "rapporto privilegiato" che valorizzi l'anzianità di servizio e dia loro uno stimolo maggiore alla partecipazione all'attività aziendale; dall'altro offrendo loro una migliore qualità della vita lavorativa, attraverso una possibile diversificazione di mansioni nei lavoratori "anziani", privilegiando i compiti legati al "coaching", e cioè alla trasmissione ai giovani di esperienze e competenze. La pianificazione delle politiche di intervento sull'invecchiamento attivo potrebbe portare, ad esempio, alla riduzione della fatica, lavorando sulla flessibilità

interna, superando le attuali rigidità a cominciare dall'orario di lavoro e dalle mansioni lavorative, e contestualmente sul clima interno, sulle relazioni e sulle motivazioni. Tutto ciò si collega bene anche con le politiche di gestione dello stress lavoro-correlato, e con la possibilità di realizzare uno sportello di ascolto/supporto per la gestione dell'aspetto emozionale del pensionamento e la gestione delle situazioni di disagio lavorativo. Inoltre sotto il profilo ergonomico si potrebbe pensare all'organizzazione di corsi di formazione posturale che, oltre ad affrontare le problematiche inerenti le attività comportanti sovraccarico biomeccanico, possano fronteggiare le problematiche legate alla stessa età. Altre attività possono riguardare un'attenzione agli stili di vita, e la possibilità di un check-up periodico per i lavoratori over 50.

In relazione a quanto sopra, su invito del Direttore Generale il MC Coordinatore ha proposto nel corso del 2016 l'adozione di una metodica di valutazione del rischio movimentazione manuale (Dortmund - All. 1) che permetterebbe una gestione delle problematiche di genere e legate all'ageing, oltre a comportare notevoli vantaggi nella gestione del paziente in particolare sotto il profilo riabilitativo. Tale proposta è stata inoltrata anche a SPP, Risk Management, DAPS.

- b) la maggior parte della popolazione lavorativa sia costituita da lavoratrici, con un trend in deciso aumento nel corso degli anni :

POPOLAZIONE VISITATA 2017 DISTRIBUZIONE PER SESSO



Questo fenomeno comporta la necessità di un'attenzione alle problematiche di genere, a cominciare dalla gravidanza/puerperio, in merito alla quale i Medici Competenti hanno iniziato un percorso inerente la valutazione delle singole mansioni lavorative, volto ad identificare le mansioni ed i compiti lavorativi non espletabili e/o modificabili, in modo tale da consentire alle lavoratrici una permanenza all'interno dell'azienda durante il periodo compreso fra la consapevolezza dello stato di gravidanza e l'uscita grazie all'astensione obbligatoria, ed all'azienda un'ottimizzazione delle risorse.

➤ **Collaborazione alla ricollocazione di lavoratori/lavoratrici titolari di giudizi di idoneità con prescrizione/limitazione e/o portatori di handicap, o con particolari problematiche**

Durante l'anno 2015, recependo anche alcune indicazioni emerse dal convegno "Le idoneità e le limitazioni lavorative del personale del SSN", tenutosi presso l'Università Bocconi di Milano, convegno che ha illustrato uno studio conoscitivo realizzato su tale argomento, evidenziando anche gli aspetti inerenti l'invecchiamento della popolazione lavorativa, i Medici Competenti hanno proposto un percorso collaborativo modulare che valorizzi le varie competenze aziendali (Dirigenti, MC, Direzione del personale, SAPS, RLS, SPP, ma anche Formazione) nel fenomeno impegnativo riguardante l'attribuzione di compiti lavorativi al lavoratore con problemi (titolare di giudizio di idoneità con prescrizione/limitazione, portatore di handicap, etc), anche in un'ottica di valorizzazione e riqualificazione di tali figure.

Tale percorso (allegato alla Relazione 2015): **"PROPOSTA DI MODALITÀ OPERATIVE PER**

- LA GESTIONE DEI GIUDIZI DI INIDONEITÀ/IDONEITÀ CON LIMITAZIONI E PRESCRIZIONI

- LE VISITE DEI LAVORATORI AI SENSI DELL'ART. 5 DELLA LEGGE 300/70" può ricollegarsi attivamente anche al paragrafo precedente (gestione dell'ageing e problematiche di genere).

La procedura è attualmente operativa.

Inoltre, sempre con la finalità di agevolare ed implementare le attività di ricollocazione dei lavoratori e conseguentemente l'ottimizzazione del loro impiego lavorativo nell'azienda, il Coordinatore dei MC ha inoltrato la **Circolare INAIL 51/2016** "Regolamento per il reinserimento e l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro Legge 23 dicembre 2014, n.190, articolo 1, comma 166", le cui disposizioni possono essere utilizzate per il reinserimento lavorativo, a richiesta del DL o lavoratore stesso, del lavoratore titolare di giudizio di idoneità con prescrizioni/limitazioni derivanti da tecnopatia o infortunio sul lavoro, mediante utilizzo di specifici finanziamenti da parte dell'Ente Assicuratore.

E' stata infine iniziata una rilevazione delle mansioni specifiche secondo piani di attività, con applicazione di una metodica in uso presso l'Azienda Sanitaria di Pisa. Tale processo facilita l'individuazione delle singole attività costituenti la mansione lavorativa, e perciò anche le singole attività comportanti un rischio lavorativo specifico per il lavoratore.

➤ **Collaborazione alla valutazione dei rischi lavorativi ex art 25 D.lgs 81/2008**

Da diversi anni i Medici Competenti propongono un modello collaborativo che garantisca in tempo reale l'apporto, ma anche che implementi la consapevolezza di tutti gli stakeholders; tale modello è stato sintetizzato nell'All. 3, già prodotto in precedenza. In seguito alle insistenze da parte dei Medici Competenti il SPP ha iniziato nel 2017 a condividere gli elaborati, una volta redatti, con i Medici Competenti. Tale percorso, anche se non perfettamente conforme a quanto richiesto, ha dato come risultato la condivisione, revisione e ultimazione di una serie di elaborati; ciò dimostra l'efficacia del modello partecipativo. Di conseguenza i Medici Competenti chiedono la totale adesione a quanto proposto, modalità che permetterebbe l'apporto di tutti gli interlocutori (oltre ai Medici

Competenti, Risk Management, Dirigenti, preposti, RLS, laddove possibile anche lavoratori) al fine di:

- redigere delle valutazioni, procedure, etc. globali, esaustive e realmente applicabili;
- **aumentare la consapevolezza** da parte di tutti gli attori circa la necessità di aderire a procedure che comportano la salvaguardia di lavoratori, ma anche di terzi, e naturalmente dell'Azienda stessa con il suo Management;
- gestire le scarse risorse a disposizione con calma e razionalità, evitando il sovrapporsi di diverse attività (esempio: sorveglianza sanitaria ed attività collaborative, etc.), creando un clima di vicendevole fiducia e collaborazione.

➤ **Collaborazione alla VR - Monitoraggio biologico (esposizione ad agenti chimici)**

A partire dal 2015, essendo stato formalizzato un accordo con l'Università di Perugia, Cattedra di Medicina del lavoro, si è iniziato il monitoraggio biologico nei confronti degli esposti a xilolo e antiblastici individuati dal Documento di valutazione dei rischi ex D.lgs 81/2008, secondo le informazioni inerenti l'attività comunicate dai Dirigenti responsabili delle SC Anatomia ed Istologia patologica e Oncologia. Attualmente si è interrotto il monitoraggio nella SC Anatomia ed istologia patologica, in seguito alla comunicazione da parte del Dirigente della sostituzione dello xilolo.

A partire dal 2016 sono monitorate le attività chirurgiche effettuate in anestesia generale per via inalatoria.

I risultati attestano un contenimento dell'esposizione dei lavoratori ai suddetti agenti chimici.

Per il prosieguo i Medici Competenti assegnati alle strutture interessate si rapportano con i Dirigenti di cui sopra, al fine di concordare nuove date di esecuzione.

Per quanto riguarda le attività chirurgiche nel 2017 si è continuato il monitoraggio biologico nei confronti dei lavoratori esposti a gas anestetici, previ accordi procedurali con la Direzione sanitaria ospedaliera, il Responsabile della SC Anestesia e Rianimazione.

I risultati sono in una relazione allegata (All.2).

➤ **Collaborazione alla predisposizione di misure inerenti il primo soccorso**

Nel 2018 devono essere effettuati gli aggiornamenti dei corsi di formazione ai sensi del D.M. 388/2003.

Inoltre, nel corso del 2016 insieme con la Direzione sanitaria ospedaliera e la UOSD Sviluppo Competenze e Formazione, si concordava nell'opportunità di effettuare ricognizione dei defibrillatori presenti in azienda, nonché collaborazione all'effettuazione di corsi BLS-D con aggiornamento periodico di personale sanitario e non (biennale, secondo la normativa vigente). I dati riguardanti la ricognizione individuale dei defibrillatori, effettuata presso il presidio ospedaliero di Rieti dalla SC Rianimazione, sono stati inoltrati alla Direzione Tecnico patrimoniale per l'inserimento delle informazioni riguardanti la manutenzione, e siamo in attesa della risposta della Direzione tecnico patrimoniale.

➤ **Attività formativa**

Nel corso del 2017 i Medici Competenti hanno collaborato all'attività formativa predisposta ed organizzata dal Servizio prevenzione e protezione.

Sono stati approvati ed inseriti nel programma formativo per il 2018 i seguenti Corsi di formazione proposti dal Coordinamento Medici Competenti:

- La prevenzione delle punture da ago e delle ferite da taglio alla luce della normativa vigente
- La tubercolosi in ambito sanitario: procedure e comportamenti corretti, in collaborazione con le strutture: Pneumologia, Malattie Infettive, Risk Management, Direzione Sanitaria ospedaliera
- Incontro formativo con dirigenti e preposti ex art. 37 D.lgs 81/2008: la sorveglianza sanitaria – obblighi, procedure, sanzioni.

➤ **Relazione ex art. 40 D.lgs 81/2008**

Permane la necessità per i Medici Competenti di adempiere le disposizioni di cui all'art. 40 del D.lgs 81/2008, predisponendo ed inviando per via telematica entro i primi 3 mesi dell'anno all'Organo di Vigilanza, tramite il portale INAIL, una relazione inerente informazioni circa la sorveglianza sanitaria e le esposizioni a rischio lavorativo riguardanti l'attività svolta nel corso dell'anno precedente, sulla base anche di alcune informazioni acquisite presso il DL, regolarmente richieste.

Legenda:

MC = Medici Competenti

DL = Datore di lavoro

SPP = Servizio Prevenzione e protezione

RSPP = Responsabile SPP

SINTESI delle principali CRITICITA' / PROPOSTE per il 2018:

Criticità / Stato attuale	Proposte	Vantaggi
Contratti COCOCO di 2 medici competenti.	Conferma e se possibile stabilizzazione dei medici competenti.	Maggiore progettualità e respiro nell'articolazione dell'attività lavorativa; prospettive di formazione specifica; possibilità di costituire un riferimento presente e costante per l'Azienda (lavoratori, dirigenti, datore di lavoro, etc)
Difficoltà nell'introduzione, utilizzo e rielaborazione dei dati contenuti nei files excel. Concreta possibilità di errori nella compilazione e nella manipolazione.	Acquisto in tempi brevi di un programma informatizzato specifico, in grado di trattare con la tutela della privacy e gli altri requisiti di legge le informazioni utili alla sorveglianza sanitaria delle aziende sanitarie, e che permetta una migrazione di dati da excel (Proposta di miglioramento presentata il 9/10/17).	Velocizzazione e ottimizzazione dei tempi e delle modalità di compilazione della cartella sanitaria e di rischio/DOSP e della elaborazione dei dati anonimi collettivi.
Frequente difficoltà nella gestione dei flussi informativi da e per il MC, segnalata anche da vari interlocutori. Difficoltà nella effettuazione ed invio di copie di cartelle sanitarie e di rischio e Documenti sanitari personali ai vari interlocutori (Magistratura, INAIL, Organo di Vigilanza, lavoratori). Difficoltà nell'invio e ricevimento di informazioni (invio mensile di file Excel, report di visite, etc). Difficoltà nella predisposizione degli appuntamenti per le visite.	Adozione del programma informatico. Acquisizione, mediante sostituzione, di un'unità amministrativa in grado di gestire protocollo, archivio, copie di documenti, invio report, invio informazioni mensili, etc.	Adempimento a indicazioni di norma. Maggior celerità nell'espletamento dell'attività dei MC. Snellimento e velocizzazione dell'attività lavorativa.
Corsi BLS/D per operatori sanitari e non. Ricognizione ed eventuale ridefinizione della distribuzione dei defibrillatori in azienda. Informazioni su defibrillatori ferme a DTP.	Ricognizione ed eventuale ridefinizione della distribuzione dei defibrillatori in azienda	Ottimizzazione del primo soccorso aziendale.
Effettuazione controlli alcolimetrici ex L.125/2001. Attualmente non eseguiti. Atteso cambiamento della normativa di riferimento, in attesa di pubblicazione.	Definizione da parte del Datore di lavoro del soggetto deputato all'effettuazione dei controlli (MC o Organo di Vigilanza). Acquisto da parte del Datore di lavoro di etilometro, predisposizione di procedure specifiche (regolamento) e percorso informativo dei lavoratori previa autorizzazione del	Adempimento a indicazioni di norma in riferimento alla sicurezza di terzi.

	Datore di lavoro e consultazione RLS. Definizione di risorse dedicate.	
Criticità / Stato attuale	Proposte	Vantaggi
Persistenza di problematiche circa la collaborazione dei medici competenti alla valutazione dei rischi e alla formulazione del relativo piano di prevenzione e protezione. Tale ambito è stato oggetto anche di uno specifico interpello al Min. del Lavoro, di cui è disponibile la risposta.	Stesura di una procedura condivisa con Datore di lavoro. In relazione a ciò è stata formulata una proposta dettagliata (Proposta di miglioramento strategico) dal Coordinatore MMCC - 9/10/17. All. 3.	Adempimento a obblighi di legge. Ottimizzazione della gestione delle risorse, vista la necessità da parte dei MMCC MC di programmare a medio termine contestualmente anche l'espletamento della sorveglianza sanitaria. Possibilità di audit di procedure, valutazioni, etc. Possibilità di percorso in ottica di miglioramento continuo.

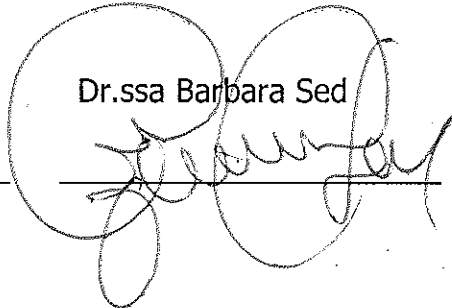
Si rimane a disposizione per eventuali chiarimenti e/o integrazioni.

Cordiali saluti.

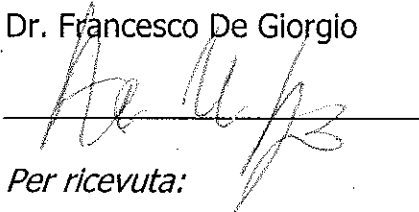
Dr.ssa Paola Del Bufalo



Dr.ssa Barbara Sed



Dr. Francesco De Giorgio



Per ricevuta:

IL DATORE DI LAVORO

IL RESPONSABILE S. P. e P.

I RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA

